

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT MV.2011.00002 vom 28. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_MV.2011.00002

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT MV.2011.00002 du 28 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT MV.2011.00002 del 28 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

/

E. 1.6

1.6.1?? Um zu entscheiden, ob zwischen dem Unfall und einer psychischen Störung ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, sind in der Militärversicherung dieselben Grundsätze anzuwenden, die von der Rechtsprechung im Unfallversicherungsbereich entwickelt worden sind. Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Militärversicherers im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Nach der für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall erarbeiteten sogenannten Psycho-Praxis werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädeld-Hirntraumen anwendbaren sogenannten Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1040/2012 vom 15. März 2013 E. 2 mit Hinweisen).

1.6.2?? Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

???????? Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das

Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.6.3?? Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

1.6.4?? Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Bertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

1.6.5?? Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

1.6.6?? Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

??????? Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im

mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

2.

2.1???? Die Militärversicherung begründete die Ablehnung der Haftung im Zusammenhang mit der Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis und den lumbalen und thorakalen Bandscheibenveränderungen im Wesentlichen damit, dass es sich dabei nicht um Spätfolgen einer versicherten Gesundheitsschädigung, sondern um ein dysplastisches - mithin angeborenes - Leiden respektive um Folgen der degenerativen Grunderkrankung der Wirbelsäule handle (Urk. 2 S. 8, Urk. 7 S. 3 f., Urk. 16 S. 2). Angesichts der bereits erfolgten umfassenden Abklärungen seien weitere Untersuchungen diesbezüglich nicht indiziert (Urk. 7 S. 4, Urk. 16 S. 2). Für die psychische Gesundheitsstörung hafte sie deshalb nicht, weil der - als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen einzustufende - Reitunfall vom 22. September 1995, sofern und soweit er denn überhaupt natürlich kausal für die fragliche Symptomatik sei (Urk. 2 S. 11, Urk. 7 S. 4-6), jedenfalls in keinem adäquaten Kausalzusammenhang dazu stehe (Urk. 2 S. 11 ff., Urk. 7 S. 6 f., Urk. 16 S. 2 f.).

2.2???? Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die seit dem Reitunfall persistierende Schmerzsymptomatik sei nicht ausschliesslich auf die - nicht unfallbedingte - Spondylolyse L5/S1 und die mediale Diskushernie L4/L5 zurückzuführen, sondern (auch) Folge der traumatischen LWK 1-Fraktur. Das vorbestehende Rückenleiden sei - wie aus den Beurteilungen der behandelnden Fachärzte einhellig hervorgehe - durch den Unfall beziehungsweise die dabei erlittene LWK 1-Fraktur richtunggebend verschlimmert worden. Davon sei denn auch die Militärversicherung ausgegangen, habe sie ihm doch für den aus der Fraktur resultierenden Dauerschaden - bei voller Haftung für den Reitunfall - eine Integritätsschadenrente zugesprochen und bis ins Jahr 2008 sämtliche Heilbehandlungskosten übernommen (Urk. 1 S. 4 ff. und S. 8 f., Urk. 12 S. 3 f.). Zwar habe es die Militärversicherung zu Recht abgelehnt, für die Kosten des - die vorbestehende Spondylolyse/Spondylolisthesis L5/S1 betreffenden - operativen Eingriffs vom 18. Juli 2008 aufzukommen. Für die vor dieser Massnahme bestandenen und weiterhin anhaltenden Rückenbeschwerden im Zusammenhang mit den Beschwerden wegen der posttraumatischen Kyphosierung

thorakolumbal im lumbosakralen Übergang sei sie indes durchaus leistungspflichtig. Diese schmerzauslösende (vorbestehende) Wirbelsäulenverkrümmung sei nämlich durch die LWK1-Fraktur respektive die deretwegen in den Jahren danach eingenommene ungünstige Körperhaltung verschlimmert worden (Urk. 1 S. 7 f., Urk. 12 S. 3 f.). Was die psychische Symptomatik anbelange, stehe diese nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum - tatsächlich weitaus dramatischeren als von der Beschwerdegegnerin angenommenen - Reitunfall vom 22. September 1995 (Urk. 1 S. 9 ff., Urk. 12 S. 2 und S. 4 ff.).

E. 3

% k?rze. F?r das chronische Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Traumatisierung einer Spondylolyse/Spondylolisthesis L5/S1 gew?hre sie eine Integrit?tsschadenrente von 7,5 %, wobei diese monatliche Rente ab 1. M?rz 1999 auf unbestimmte Zeit gew?hrt und per 1. August 1999 von Amtes wegen ausgekauft werde. Nachdem der Versicherte am 3. Februar 2000 den Verzicht auf eine Leistungsk?rzung sowie die Zusprache einer Rente f?r einen Integrit?tsschaden von 25 % beantragt hatte (Urk. 8/278), liess die Milit?rversicherung ihn - nach weiteren medizinischen Abkl?rungen - am 10. April 2000 von Prof. Dr. med. Y.____, Facharzt FMH f?r Chirurgie und Orthop?die, begutachten (vgl. Expertise vom 27. April 2000, Urk. 8/288). In der Folge anerkannte sie mit Verf?gung vom 3. Juni 2000 (Urk. 8/292) ihre uneingeschr?nkte Haftung f?r die ausschliesslich durch die traumatische Sch?digung des Wirbels L1 bedingte Schmerzsymptomatik; an der bereits in Aussicht gestellten Rente f?r einen Integrit?tsschaden von 7,5 % hielt sie fest, wobei sie nun von einem betr?glich h?heren Anspruch ausging. Dieser Entscheid erwuchs daraufhin unangefochten in Rechtskraft.

1.3???? Nachdem sich der Versicherte im Zusammenhang mit R?ckenbeschwerden diversen weiteren (ambulanten und auch station?ren) Therapien unterzogen hatte, wurde er vom 17. Januar bis 23. M?rz 2007 wegen einer psychischen Gesundheitsst?rung (Anpassungsst?rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, anhaltende somatoforme Schmerzst?rung) station?r im Sanatorium Z.____ behandelt (vgl. Austrittsbericht vom 4. Mai 2007, Urk. 8/437). Nach verschiedenen diesbez?glichen Abkl?rungen und Einholung einer Beurteilung des versicherungspsychiatrischen Dienstes (vgl. Bericht vom 4. Januar 2008, Urk. 8/468) teilte die Milit?rversicherung X.____ mit Vorbescheid vom 29. Januar 2008 (Urk. 8/472) mit, dass sie die Haftung f?r die psychischen St?rungen, aufgrund derer im Januar 2007 eine Hospitalisation erfolgt und eine Arbeitsunf?higkeit attestiert worden sei, mangels eines ad?quaten Kausalzusammenhangs zum im Jahr 1995 erlittenen Unfall ablehne. Mit Schreiben vom 17. M?rz 2008 (Urk. 8/488) opponierte der Versicherte hiegegen und liess die Einholung eines interdisziplin?ren Gutachtens beantragen (vgl. auch Urk. 8/497).

1.4???? Vom 6. bis 8. Juli 2008 liess sich der Versicherte wegen pl?tzlich aufgetretener starker R?ckenschmerzen notfallm?ssig station?r im Spital A.____ behandeln. Nachdem das MRI vom 7. Juli 2008 eine Diskushernie L5/S1 ergeben hatte (vgl. Urk. 8/504.1), wurden am 18. Juli 2008 im Rahmen eines operativen Eingriffs eine transforaminelle interkorporelle lumbale Fusion (TLIF) L4/5 und L5/S1 sowie eine Reposition L5/S1 vorgenommen (Urk. 8/532.5-6) . Auf entsprechendes Gesuch des Versicherten (Urk. 8/504, Urk. 8/509, Urk. 8/513) hin lehnte es die Milit?rversicherung mit Schreiben vom 15. Juli 2008 (Urk. 8/508), vom 21. Juli 2008 (Urk. 8/512) und vom 8. August 2008 (Urk. 8/515) ab, Leistungen im Zusammenhang mit der Diskushernie L5/S1 zu erbringen. Am 23.

September 1995 beantragte der vom Versicherten am 15. September 2008 neu mandatierte (Anhang zu Urk. 8/525) Rechtsvertreter, auf die vom früheren Rechtsvertreter beantragte psychiatrische Begutachtung zu verzichten, da die natürliche Kausalität der psychischen Beschwerden unbestritten und die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und der psychischen Symptomatik nicht Sache des Mediziners, sondern der Verwaltung sei. Betreffend die aktuellen Rückenbeschwerden werde die Militärversicherung ersucht, nach den Grundsätzen gemäss Art. 6 ff. MVG über ihre Leistungspflicht zu befinden und nötigenfalls weitere Berichte einzuholen (Urk. 8/525). In der Folge zog die Militärversicherung den bereits erteilten Begutachtungsauftrag wieder zurück (Urk. 8/527). Mit Schreiben vom 6. November 2008 (Urk. 8/532) ersuchte der Versicherte die Militärversicherung - unter Hinweis darauf, dass er unfallbedingt nur noch einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen in der Lage sei und dadurch eine Erwerbseinbusse erleide - seinen Leistungsanspruch (nicht nur auf Übernahme der Heilbehandlungskosten, sondern auch auf Taggelder beziehungsweise eine Rente) unter dem Titel Rückfall neu zu prüfen. Zu beachten sei, dass die aktuellen psychischen Beschwerden sowohl in einem natürlichen als auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum 1995 erlittenen Unfall stünden. Nach Einholung einer versicherungsmedizinischen Stellungnahme (Urk. 8/535) beschied die Militärversicherung dem Versicherten am 16. Februar 2009 (vgl. Vorbescheid, Urk. 8/536), dass sie für die Diskushernie L5/S1, deretwegen im Juli 2008 ein operativer Eingriff erfolgt sei, nicht hafte. Nachdem der Versicherte hiegegen opponiert hatte (Urk. 8/537), lehnte die Militärversicherung - gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 17. April 2009 (Urk. 8/546) - mit Verfügung vom 23. April 2009 (Urk. 8/547) die Übernahme der Haftung sowohl für die psychische Störung als auch für die Diskushernie L5/S1 ab. Die hiegegen vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 8/548) wies sie am 15. September 2011 ab (Urk. 2).

2.????? Gegen diesen Einspracheentscheid (Urk. 2) liess X.____ am 17. Oktober 2011 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2):

1.??? In Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin die gesetzlichen Leistungen aus der Militärversicherung auszurichten;

2.??? Eventualiter sei eine ergänzende orthopädische/neurochirurgische Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin zu veranlassen;

3.??? Es seien dem Unterzeichneten die vollständigen Akten der Beschwerdegegnerin zuzustellen, unter Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels;

???? Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.?

???????? Die Militärversicherung schloss am 9. Januar 2012 auf Abweisung der Beschwerde (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 7). Replicando (Urk. 12) und duplicando (Urk. 16) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

???????? Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Nach Art. 5 Abs. 1 MVG erstreckt sich die Haftung der Militärversicherung auf jede Gesundheitsschädigung, die während des Dienstes in Erscheinung tritt und gemeldet oder sonst wie festgestellt wird. Die Militärversicherung haftet nicht, wenn sie den Beweis erbringt, dass die Gesundheitsschädigung sicher vordienstlich ist oder sicher nicht während des Dienstes verursacht werden konnte (Art. 5 Abs. 2 lit. a MVG), und wenn sie zusätzlich den Beweis erbringt, dass die Gesundheitsschädigung sicher während des Dienstes weder verschlimmert noch in ihrem Ablauf beschleunigt worden ist (Art. 5 Abs. 2 lit. b MVG). Wird der nach Absatz 2 Buchstabe a geforderte Beweis erbracht, dagegen nicht derjenige nach Absatz 2 Buchstabe b, so haftet die Militärversicherung für die Verschlimmerung der Gesundheitsschädigung (Art. 5 Abs. 3 MVG).

Wird die Gesundheitsschädigung erst nach Schluss des Dienstes durch einen Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor festgestellt und bei der Militärversicherung angemeldet, so haftet die Militärversicherung nur, wenn die Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit während des Dienstes verursacht worden ist. Die Militärversicherung haftet auch insoweit, als eine vordienstliche Gesundheitsschädigung wahrscheinlich durch Einwirkungen während des Dienstes verschlimmert worden ist oder wenn es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Spätfolgen oder Rückfälle einer versicherten Gesundheitsschädigung handelt (Art. 6 MVG).

Laut Art. 64 MVG werden die Leistungen angemessen gekürzt, wenn die versicherte Gesundheitsschädigung nur teilweise auf Einwirkungen während des Dienstes zurückgeht.

1.2 Die eine Haftung begründende Verschlimmerung kann auslösender Natur sein, indem sie eine latente Gesundheitsschädigung in eine klinisch manifeste Form überführt, oder sie kann eine klinisch manifeste Gesundheitsschädigung ungünstig beeinflussen. Im zweiten Fall kann die vorbestandene Gesundheitsschädigung stationär oder labil (allenfalls auch progredient) gewesen sein. Die Verschlimmerung selbst kann vorübergehend oder dauernd sein; sie kann auch richtunggebend sein. Ist die Verschlimmerung dauernd (oder richtunggebend), haftet die Militärversicherung auf unbestimmte Zeit, ist sie lediglich vorübergehend, kann die Haftung befristet werden. Voraussetzung für eine zeitliche Begrenzung der Haftung ist, dass die Verschlimmerung mit Sicherheit behoben ist (vgl. Jörg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung, Bern 2000, N 40 und N 41 zu Art. 5 MVG mit Hinweisen). Die Verschlimmerung gilt als behoben, wenn der "Status quo ante" (Gesundheitszustand, in welchem sich der Versicherte vor dem Dienst befunden hat) oder der "Status quo sine" (Gesundheitszustand, in welchem sich der Versicherte befinden würde, wenn er den Einwirkungen während des Dienstes nicht ausgesetzt gewesen wäre) erreicht ist (Maeschi, a.a.O., N 41 zu Art. 5 MVG mit Hinweisen).

1.3 Die Haftung gemäss Art. 4 und 5 MVG einerseits sowie Art. 6 MVG andererseits unterscheidet sich darin, dass im ersten Fall der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Einwirkungen während des Dienstes und der Gesundheitsschädigung vermutet wird und nur durch den gegenteiligen Sicherheitsbeweis ausgeschlossen werden kann, während im zweiten Fall das Vorliegen adäquat kausaler Folgen von Einwirkungen während des Dienstes erstellt sein muss (BGE 111 V 372 E. 1b, 105 V 229 E. 3a mit Hinweisen).

1.4???? R?ckf?lle und Sp?tfolgen versicherter Gesundheitssch?den stellen insofern einen Sonderfall dar, als sie kraft ausdr?cklicher gesetzlicher Vorschrift der Beweisregel von Art. 6 MVG unterliegen. Die Haftung f?r R?ckf?lle und Sp?tfolgen greift Platz, wenn trotz Identit?t der Gesundheitssch?digung ein neuer Versicherungsfall anzunehmen ist. Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn die nachdienstlich gemeldete Gesundheitssch?digung nicht zum Symptomkreis der versicherten Gesundheitssch?digung geh?rt (das Krankheitsgeschehen medizinisch somit keine Einheit bildet). Bei gleicher Gesundheitssch?digung wird praxisgem?ss ein neuer Versicherungsfall angenommen, wenn ein l?ngeres beschwerdefreies Intervall vorliegt, welches auf eine Abheilung der urspr?nglichen Gesundheitssch?digung schliessen l?sst, und keine Br?ckensymptome vorhanden sind, die auf ein kontinuierliches Fortbestehen des als versichert anerkannten Leidens schliessen lassen (zu den Anforderungen an Br?ckensymptome insbesondere bei R?ckenleiden vgl. Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von R?ckensch?den in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, Bern 1990, S. 64 f.). Liegt kein neuer Versicherungsfall vor, gilt bei Identit?t der Gesundheitssch?digung weiterhin die bisherige Haftung nach Art. 5 oder Art. 6 MVG. Werden Sp?tfolgen oder R?ckf?lle geltend gemacht, ist daher vorab zu pr?fen, ob ein neuer Versicherungsfall gegeben ist (Maeschi, a.a.O., N 43 zu Vorbemerkungen zu Art. 5 - 7 MVG, N 12 und N 23 zu Art. 6 MVG, S. 78, S. 94 und S. 97, je mit Hinweisen).

Nach dem Wortlaut des Gesetzes besteht bei R?ckf?llen und Sp?tfolgen auch insofern eine Besonderheit, als sich die vorausgesetzte Kausalit?t auf den Zusammenhang mit der versicherten urspr?nglichen Gesundheitssch?digung bezieht. Schon im Hinblick darauf, dass f?r Sp?tfolgen und R?ckf?lle auch nachdienstliche zivile Einwirkungen urs?chlich sein k?nnen, kann die Identit?t der gemeldeten Sp?tfolge oder des R?ckfalls mit der urspr?nglichen Gesundheitssch?digung f?r sich allein jedoch nicht haftungsbegr?ndend sein. Vielmehr bedarf es dar?ber hinaus eines nat?rlichen und ad?quaten Kausalzusammenhangs der Sp?tfolgen oder des R?ckfalls mit Einwirkungen w?hrend des Dienstes (Maeschi, a.a.O., N 24 zu Art. 6 MVG, S. 97 f.).

1.5???? Die Leistungspflicht des Milit?rversicherers f?r einen w?hrend des Dienstes erlittenen Unfall setzt einen nat?rlichen und ad?quaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1040/2012 vom 15. M?rz 2013 E. 2 mit Hinweisen). Ursachen im Sinne des nat?rlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umst?nde, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist f?r die Bejahung des nat?rlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher St?rungen ist; es gen?gt, dass das sch?digende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die k?rperliche oder geistige Integrit?t der versicherten Person beeintr?chtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche St?rung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem sch?digenden Ereignis und einer gesundheitlichen St?rung ein nat?rlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, wor?ber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweisw?rdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht ?blichen Beweisgrad der ?berwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser M?glichkeit eines

Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

???????? Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a, 123 V 98 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 415 E. 2a, 121 V 45 E. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 E. 3a).

E. 3.1

3.1.1?? Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, der nach der unkoordinierten Drehbewegung erstmals am 26. August 1991 wegen Rückenschmerzen konsultiert wurde, diagnostizierte am 2. September 1991 ein lumbovertebrales Syndrom mit segmentaler Dysfunktion bei Spondylolyse L5/S1. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt; die ärztliche Behandlung könne voraussichtlich in drei bis vier Wochen abgeschlossen werden (Urk. 8/66).

3.1.2?? Die CT-Untersuchung der LWS vom 14. November 1991 ergab eine Spondylolyse L5/S1 mit geringgradiger Olisthese sowie eine kleine flache mediale Diskushernie L4/5 mit möglicher (intermittierender) Wurzelkompression L5 (vgl. Bericht vom 14. November 1991, Urk. 8/69).

3.1.3?? Am 13. Januar 1992 hielt Dr. B.____ fest, der Beschwerdeführer leide an einem therapierefraktem lumbovertebralem Syndrom bei Spondylolyse L5/S1 mit geringer Olisthese. Die Schmerzen, die tagsüber in aufrechter Haltung kaum vorhanden seien, traten sofort nach Einnehmen einer liegenden Position auf und störten die Nachtruhe massiv. Da Verdacht auf einen Morbus Bechterew bestehe, sei auch eine CT-Untersuchung des Bereichs des Iliosakralgelenks indiziert (Urk. 8/72).

3.1.4?? Die Ärzte des Universitätsspitals W.____, Rheumaklinik und Institut für physikalische Therapie, stellten am 22. April 1992 folgende Diagnosen (Urk. 8/75 S. 1):

- Chronifiziertes lumbovertebrales Syndrom bei
- kleiner medialer Diskusprotrusion L4/L5 (CT vom 14. November 1991)
- Spondylolyse von LWK 5 mit Ventralgleiten von 3 mm
- muskulärer Dysbalance mit Insuffizienz der abdominalen Muskulatur

???????? Dem Beschwerdeführer seien die Fortführung der begonnenen aktiven Gymnastik verordnet und Instruktionen in Ergonomie erteilt worden. Ende April 1992 werde eine Nachkontrolle stattfinden (Urk. 8/75 S. 3).

3.1.5?? Am 27. August 1992 hielten die Ärzte des Universitätsspitals W.____, Rheumaklinik und Institut für physikalische Therapie, fest, da der Beschwerdeführer nicht zur Nachkontrolle erschienen sei, könnten auch keine weiteren Behandlungen veranlasst werden (Urk. 8/76).

E. 3.2

3.2.1?? Unmittelbar nach dem am 22. September 1995 erlittenen Sturz liess sich der Beschwerdeführer bis am 29. September 1995 stationär von den Ärzten des Universitätsspitals W.____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, behandeln.

Diese diagnostizierten im Austrittsbericht vom letztgenannten Datum (Urk. 8/80) eine keilförmige Deckplatten-Abscherfraktur LWK 1. Der Beschwerdeführer, der unter Analgesie zunehmend habe mobilisiert werden können, sei zur weiteren ambulanten Behandlung (Physiotherapie und Stärkung der Rückenmuskulatur) an die Rheuma- und Rehabilitations-Klinik C.____ verwiesen worden (vgl. auch Urk. 8/83).

Am 23. Oktober 1995 bescheinigten die Ärzte des Universitätsospitals W.____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, dem Beschwerdeführer ab dem 30. Oktober 1995 wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/94.1).

Die im Zusammenhang mit der LWK1-Fraktur und einer Spondylolisthesis veranlasste MRI-Untersuchung der LWS vom 1. November 1995 ergab folgende Befunde (Urk. 8/103.1):

- Bekannter Deckplatten-Einbruch L1, Schmorlsche Knoten Bodenplatten Th12 und L1
- Leichtgradige Bandscheiben-Protrusionen L4/5 sowie L5/S1
- Keine sicheren Anhaltspunkte für eine ligamentäre Läsion, insbesondere nicht L5/S1

Nachdem sie den Beschwerdeführer am 19. Juni 1996 ambulant untersucht hatten, hielten die Ärzte der Klinik V.____ in ihrem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 8/132 = Urk. 8/149) fest, radiologisch seien ein Status nach Fraktur L1 ohne wesentliche Dislokation sowie eine Bandscheibenverschmälerung proximal und distal, im übrigen ohne Dislokation Spondylolyse L5, festgestellt worden. Die vllig adäquat vorgebrachten Beschwerden seien glaubhaft und seit dem Unfall deutlich exazerbiert, wobei wohl der Vorzustand der Spondylolyse teilweise für die Schmerzen sei. Um die Schmerzen des voll arbeitsfähigen - Beschwerdeführers der Fraktur beziehungsweise der traumatisierten Spondylolyse zuordnen zu können, sei eine Infiltration L5 und L1 indiziert.

Die MRI-Untersuchung der LWS vom 22. August 1996 ergab zahlreiche Schmorlsche Knorpelknötchen thorakolumbal bei Status nach Morbus Scheuermann. Es gebe keinen Hinweis auf eine Diskushernie; der Spinalkanal sei normal weit. Es bestehe ein Sacrum acutum. Die LWK-Fraktur sei konsolidiert (normales Knochenmark mit Fettgewebe). Auf Höhe Th12/L1 zeige sich - degenerativ bedingt - eine leichtgradig vermehrte Höhenminderung des Intervertebralabstandes (Urk. 8/143).

Nachdem sie am 12. September 1996 eine diagnostische Infiltration der Spondylolyse beidseits durchgeführt hatten, gelangten die Ärzte der Klinik V.____ zum Schluss, dass die Ursache der geklagten Beschwerden mit grösster Wahrscheinlichkeit in der Spondylolyse L5 zu sehen sei (vgl. Bericht vom 12. September 1996, Urk. 8/150).

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt am 25. Oktober 1996 fest, aufgrund der nach wie vor sehr starken Schmerzen habe der Beschwerdeführer eine reaktive Depression entwickelt. Die geklagten erheblichen Konzentrationsstörungen hätten zu Problemen am Arbeitsplatz geführt. Es sei eine delegierte Psychotherapie initiiert worden. Zwischenzeitlich sei es noch zu einem schweren Autounfall mit Totalschaden gekommen. Da die Schmerzen höchstwahrscheinlich durch die aktivierte Spondylolyse L5 verursacht würden, sei dem Beschwerdeführer dringend ein entsprechender operativer Eingriff empfohlen worden. Der Beschwerdeführer habe eine schwer herzkrankte achtjährige Tochter und sei von der anstehenden Entscheidung über eine Herzoperation, bei der die Überlebenschance 50 % betrage, stark belastet. Er habe deswegen eine starke Depression bis hin zur Suizidalität entwickelt (Urk. 8/151 S. 1). Aus psychischen Gründen sei er derzeit zu

100 % arbeitsunfähig. Angesichts der geschilderten Umstände müsste die Operation der Spondylolyse wahrscheinlich auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden (Urk. 8/151 S. 2).

3.2.7?? Anfangs Februar 1997 gab Dr. D. ___ an, dem Beschwerdeführer gehe es seit November 1996 viel besser. Die Schmerzen, die durch eine längere sitzende Tätigkeit ausgelöst würden, seien deutlich zurückgegangen. Das verabreichte Antidepressivum wirke sehr gut und habe auch einen Effekt auf die Schmerzen (Urk. 8/167).

3.2.8?? In seiner - aufgrund des Gesuchs des Beschwerdeführers um Zusprechung einer Integritätsschadenrente für die Folgen des Reitunfalls vom 22. September 1995 (Urk. 8/135) - gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 1. April 1997 (Urk. 8/172) gelangte Dr. med. E. ___, ärztlicher Dienst MV-Sektion 5 St. Gallen, zum Schluss, dass angesichts der seit November 1996 anhaltenden Besserung noch kein stabiler Endzustand vorliege und sich erst in zwei Jahren beurteilen lasse, ob der Sturz vom Pferd im Jahr 1995 zu einer vorübergehenden oder zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe.

3.2.9?? Lic. phil. F. ___, Psychotherapeut SVG, hielt am 29. April 1997 fest, der Beschwerdeführer leide an einer depressiven Verstimmung, die als Reaktion auf die andauernden massiven Rückenschmerzen nach dem Sturz vom Pferd und den bisher erfolglosen therapeutischen Bemühungen zu werten sei (Urk. 8/179.1 S. 2). Anlässlich der ersten Konsultation am 25. September 1996 habe der Beschwerdeführer angegeben, die aktuellen Probleme im Geschäft (Arbeitsüberlastung), die Spannungen in der Beziehung (emotionale Belastung durch todkranke Tochter) und die Konflikte mit der Ex-Frau (Unterhaltszahlungen) nicht mehr mit der gewohnten Energie anpacken zu können, weil ihn die andauernden Rückenbeschwerden und die Sekundärsymptome (Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Gereiztheit und weitere psychologische Probleme) stark einschränkten. In der Sitzung vom 1. Oktober 1996 habe der Beschwerdeführer über eine von ihm verursachte Auffahrkollision berichtet, in deren Folge ihm vom behandelnden Orthopäden bis Ende Oktober 1996 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (Urk. 8/179.1 S. 1). Anlässlich der dritten und letzten Konsultation habe der Beschwerdeführer, der zwischenzeitlich ein wichtiges Standortgespräch mit seinem Vorgesetzten geführt und einen Erholungsaufenthalt mit medizinischem Kurangebot absolviert habe, über eine erholsame Zeit berichtet. Er habe seine Absicht, die Arbeit am 28. Oktober 1997 wieder aufzunehmen, kundgetan und die psychotherapeutische Standortbestimmung abgeschlossen (Urk. 8/179.1 S. 2).

E. 3.2.10

Gestützt auf die Ergebnisse seiner konsiliarischen Untersuchung stellte Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Neurochirurgie, am 24. Juli 1997 folgende Diagnosen (Urk. 8/187 S. 1):

- Zustand nach LWK 1-Fraktur
- Spondylolyse L5 beidseits
- Lumbospondylogenes Syndrom

???????? Angesichts der mittels Infiltration erzielten Schmerzlinderung seien weitere Infiltrationen indiziert. Falls die Behandlung nur kurzfristig wirke und ein unbefriedigendes Resultat ergebe, sei eine - semi-rigide - Spondylodese angezeigt. Die Schmerzbeschwerden bei früher mehr oder weniger blander Anamnese seien, gerade in Anbetracht der Tatsache,

dass der Beschwerdeführer zuvor unter keinen nennenswerten behandlungsbedürftigen Rückenbeschwerden gelitten habe, sicherlich teilweise auf den Unfall vom September 1995 zurückzuführen (Urk. 8/187 S. 2).

E. 3.2.11

Dr. E. ___ hielt am 31. Juli 1997 fest, das Heben einer Last habe während des im Jahr 1991 absolvierten Militärdienstes zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden Gesundheitsschädigung geführt, die indes mit medizinisch-praktischer Sicherheit bis 1995 wieder behoben gewesen sei. Der Unfall vom 22. September 1995 sei einerseits ursächlich gewesen für die - zwischenzeitlich wieder stabil verheilte - Fraktur LWK 1. Andererseits sei es zu einer Verschlimmerung der vorbestehenden Rückensymptomatik, dem ungewöhnlichen Beschwerdebild, gekommen, die mit medizinisch praktischer Sicherheit noch nicht behoben sei. Die Spondylolyse, deren Ursache wohl in kongenitalen Anlagen zu sehen sei und deren operative Sanierung derzeit zur Diskussion stehe, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Spätfolge der versicherten Gesundheitsschädigung (Urk. 8/188 S. 14).

E. 3.2.12

Dr. med. H. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, Arzt des chefärztlichen Dienstes des Bundesamts für Militärversicherung, gelangte in seiner auf den Akten basierenden Beurteilung vom 7. August 1997 zum Schluss, dass der Sturz vom 22. September 1995 nach wie vor zumindest teilweise ursächlich sei für die aktuellen Beschwerden, und dass auch die Operationsbedürftigkeit der (traumatisierten) Spondylolyse im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen sei. Das Ausmass der dienstfremden Komponente (Spondylolyse L5) lasse sich erst nach Beobachtung des weiteren Verlaufs und nach Durchführung zusätzlicher Behandlungsmassnahmen betreffend das Segment L5/S1 abschätzen (Urk. 8/190 S. 2 f.). Der Integritätsschaden könne daher noch nicht zuverlässig beurteilt werden (Urk. 8/190 S. 3).

E. 3.2.13

Dr. G. ___ berichtete am 9. September 1997, die Infiltration der Spondylolysestelle L5/S1 vom 24. Juli 1997 sei wirkungslos geblieben. Die Arbeitsfähigkeit sei - unter Berücksichtigung einer maximalen Sitzdauer von zwei Stunden (Urk. 8/194 S. 2) - nicht eingeschränkt (Urk. 8/194 S. 1).

E. 3.2.14

In seiner Stellungnahme vom 15. Januar 1999 (Urk. 8/232 S. 2 f.) hielt Dr. E. ___ fest, das Verhältnis zwischen den vorbestehenden, anatomisch fixierten Befunden und den eigentlichen Unfallfolgen (konsolidierte LWK 1-Fraktur, traumatisierte Spondylolyse) betrage etwa fünf zu eins.

E. 3.2.15

Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, MV-Sektion 5 St. Gallen, Chefärztlicher Dienst, bezifferte den vordienstlichen Anteil der Gesundheitsschädigung (angeborene Spondylolyse/Spondylolisthesis L5) mit höchstens 50 %. Aufgrund der anfänglichen Symptomatik und des weiteren Verlaufs sei davon auszugehen, dass der 1995 erlittene Reitunfall, der nebst einer (problemlos und ohne wesentliche Fehlstellung ausgeheilten) Fraktur von LWK 1 eine erneute Traumatisierung der Spondylolyse/Spondylolisthesis bewirkt habe, zu einer dauernden Verschlimmerung

gef?hrt habe (Urk. 8/234 S. 10).

E. 3.2.16

Dr. med. J.____, Facharzt FMH f?r Innere Medizin, speziell Rheumatologie, stellte am 18. M?rz 1999 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/246 S. 1):

- Status nach Reitunfall mit LWK 1-Fraktur und konservativer Behandlung am 22. September 1995

- Spondylolyse L5/S1

- Status nach Morbus Scheuermann mit chronifiziertem Schmerz im Segment L5/S1, insbesondere interspinaler reflektorischer Ligamentose

???????? Die Fraktur sei abgeheilt und der Patient diesbez?glich beschwerdefrei. Es bestehe eine Instabilit?t L5/S1 mit reflektorischer Ligamentose. Der Beschwerdef?hrer, der unter Dauerschmerzen leide, sei weiterhin voll arbeitsf?hig. Der Behandlungsabschluss sei nicht voraussehbar beziehungsweise unwahrscheinlich (Urk. 8/246 S. 1).

E. 3.2.17

Aufgrund der Ergebnisse der Untersuchung vom 20. April 1999 diagnostizierte Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom n?mlichen Datum folgendes milit?rversichertes Leiden (Urk. 8/255 S. 1):

- Status nach LWK 1-Fraktur am 20. September 1995

???????? Nicht milit?rversichert seien nachstehende Gesundheitssch?den (Urk. 8/255 S. 1):

- Status nach Morbus Scheuermann mit zahlreichen Schmorl?schen Kn?tchen

- BWS-Kyphose

- rechtskonvexe Skoliose thorakal

- Progrediente Osteochondrose

- Olisthesis L3/L4

- Spondylolyse und Spondylolisthesis L5/S1

- Kleine mediane Diskushernie L4/L5

- Wirbelbogenspaltbildung beidseits L5/S1

- Sacrum acutum

???????? Aus dem Unfall vom 22. September 1995, der zu einer dauernden Verschlimmerung der vorbestehenden Spondylolisthesis gef?hrt habe (Urk. 8/255 S. 9), resultiere ein erheblicher Integrit?tsschaden (Urk. 8/255 S. 10).

E. 3.2.18

Dr. I.____ bezifferte den - durch das chronische Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Traumatisierung einer Spondylolyse/Spondylolisthesis L5/S1 bedingten - Integrit?tsschaden mit 7,5 %. Die Haftung der Milit?rversicherung f?r diese Gesundheitssch?digung betrage 66 2/3 % (Beurteilung vom 3. Mai 1999, Urk. 8/257 S. 4).

E. 3.2.19

Die MRI- und CT-Untersuchung der LWS vom 23. Juli 1999 ergab eine Spondylolyse L5/S1 Grad I mit geringer Instabilität, eine sehr kleine mediale Diskushernie L4/5 ohne Anhaltspunkte für eine Wurzelkompression, einen Status nach Fraktur von LWK 1 mit leichter keilförmiger Deformation von LWK 1, einen eindeutigen Einbruch der Grundplatte ventral und einen wahrscheinlichen Einbruch der Deckplatte sowie Unregelmäßigkeiten der Deck- und Grundplatten im thorakolumbalen Übergang im Rahmen einer durchgemachten Scheuermann'schen Erkrankung (Urk. 8/265 = Urk. 8/278.1).

E. 3.2.20

In seiner im Auftrag des Beschwerdeführers verfassten Beurteilung vom 21. Januar 2000 hielt Dr. G. ___ fest, aufgrund der Befunde der bildgebenden Untersuchungen vom 23. Juli 1999 (Urk. 8/265) sei die Fraktur von LWK 1 keineswegs folgenlos abgeheilt (Urk. 8/278.2 S. 4 f.). Die Spondylolyse und die Spondylolisthesis sodann seien zwar vorbestehend, durch den Unfall indes sicherlich traumatisiert worden (Urk. 8/278.2 S. 5 f.). Aufgrund des anatomischen Zustands sei von einem Integritätsschaden von mindestens 15 % und infolge der Einschränkung in der Lebensgestaltung und in der Lebensfreude von einem solchen von mindestens 25 % auszugehen (Urk. 8/278.2 S. 6 ff.).

E. 3.2.21

Nachdem er den Beschwerdeführer am 14. März 2000 im Auftrag der Militärversicherung untersucht hatte, stellte Prof. Dr. med. Y. ___, Facharzt FMH für Chirurgie und Orthopädie, in seinem Gutachten vom 27. April 2000 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/288 S. 15 f.):

- Spondylolyse L5 mit minimaler Spondylolisthesis
- Status nach Kompressionsfraktur LWK 1 mit leichtgradiger keilförmiger Deformierung dieses Wirbelkörpers
- Osteochondrose Th12/L1
- Diskopathie L4/L5 und L5/S1 ohne Neuro- oder Wurzelkompression
- Leichtgradige Spondylarthrose L4/5 und L5/S1

Bei der Spondylolyse L5 handle es sich um eine vorbestehende dysplastische Spondylolyse, die sich klinisch erstmals nach dem am 26. August 1991 erlittenen Verhebetauma manifestiert habe. Aufgrund der Ergebnisse der klinischen und bildgebenden Untersuchungen lasse sich eine richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden Spondylolyse nicht nachweisen. Angesichts der vielfältigen dienstfremden und dienstlich entstandenen pathologischen Veränderungen könne die Schmerzgenese - trotz der durch die Lokalanästhesie der Spondylolyse erzielten vorübergehenden Milderung - nicht mit Sicherheit bestimmt werden. Obwohl der Sprung oder Sturz vom Pferd lediglich zu einer leichtgradigen Kompression von LWK 1 geführt habe, sei aufgrund der Osteochondrose Th12/L1, die sich allmählich entwickelt habe, und angesichts der guten Beweglichkeit der LWS vor allem lumbosakral die Hauptursache des aktuellen Beschwerdebildes allerdings eher im Status nach Kompressionsfraktur und Kyphosierung zu sehen (Urk. 8/288 S. 16). Da davon auszugehen sei, dass die geklagten Beschwerden hauptsächlich Folge der erlittenen Kompressionsfraktur beziehungsweise der nach der Fraktur entstandenen Osteochondrose seien, bestehe kein Anlass für eine Kürzung der Militärversicherungsleistungen wegen der dienst- und unfallfremden Spondylolyse und Diskopathie. Bei einer allfälligen Operation der Spondylolyse handle es sich indes um eine

Behandlung des Grundleidens, für welche die Militärversicherung nicht aufzukommen habe (Urk. 8/288 S. 17 und S. 19). Die Kompressionsfraktur LWK 1 mit leichtgradiger Deformierung des Wirbelkörpers bedeute einen Integritätsschaden von maximal 10 % (Urk. 8/288 S. 18). Entgegen den - ansonsten zutreffenden - Ausführungen von Dr. G. ___ (Urk. 278.2) sei davon auszugehen, dass es sich beim Einbruch der kaudalen Deckplatte nicht um einen traumatischen, sondern um einen Schmorl'schen Einbruch handle. Ein Status nach einer derart leichtgradigen Kompressionsfraktur LWK 1 führe zwar normalerweise zu weit weniger Beschwerden, eine psychiatrische Beurteilung würde indes kaum weiterführen (Urk. 8/288 S. 19).

E. 3.2.22

Dr. med. K. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, Bundesamt für Militärversicherung, ärztlicher Dienst MV-Sektion 5 St. Gallen, hielt am 5. Mai 2000 fest, das lumbale Schmerzsyndrom sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge der beim Sturz vom Pferd erlittenen Fraktur LWK 1. Die dienstfremde Spondylolyse L5 und die Diskopathie L4/L5 sowie L5/S1 seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht (teil-)ursächlich für das Schmerzsyndrom. Demnach sei davon auszugehen, dass die Verschlimmerung der vorbestehenden Gesundheitsschädigungen durch das Verhebetauma beziehungsweise den Sturz heute behoben sei. An der Bemessung des Integritätsschadens auf 7,5 % könne folglich festgehalten werden (Urk. 8/289 S. 2).

E. 3.2.23

Dr. I. ___ gelangte in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 15. Mai 2000 zum Schluss, dass die Schmerzsymptomatik ausschliesslich auf die traumatische Schädigung von LWK 1 und die daraus resultierenden Folgen zurückzuführen sei, weshalb die Militärversicherung voll dafür hafte (Urk. 8/291 S. 3). Die - angeborene - Spondylolyse/Spondylolisthesis L5/S1 sei während des Militärdienstes vorübergehend verschlimmert worden; diese Verschlimmerung sei indes zwischenzeitlich wieder behoben. Ähnliches gelte für die Diskopathien tieflumbal. Im Falle einer Wiederanmeldung dieser Problematik sei die Haftung der Militärversicherung abzulehnen, weil es sich um Beschwerden im Zusammenhang mit dem angeborenen Grundleiden handle. Der Integritätsschaden betrage 7,5 % (Urk. 8/291 S. 4).

E. 3.2.24

Nachdem sich der Beschwerdeführer vom 19. November bis 16. Dezember 2000 in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik L. ___ hatte stationär behandeln lassen, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 4. Januar 2001 folgende Diagnosen (Urk. 8/305 S. 1):

- Lumbovertebralsyndrom bei/mit
- degenerativen Veränderungen L4/5 und L5/S1 mit Spondylarthrosen L3-S1 und Spondylolyse LWK 5
- Fehlhaltung (Hyperlordose der LWS)
- Status nach Deckplatten-Abscherfraktur LWK 1 1995
- Status nach thorakalem Morbus Scheuermann
- muskulärer Dysbalance

- Status nach multiplen Operationen beider Kniegelenke 1976 bis 1983 bei Osteochondrosis dissecans

- Adipositas mit BMI 33

??????? Obwohl der Beschwerdeführer zu 100 % als Schadeninspektor arbeite, hätten die seit den zwei Unfällen anhaltenden lumbalen Dauerschmerzen, die ihn erheblich in der Lebensqualität einschränkten, invalidisierenden Charakter und brachten ihn an den Rand der psychophysischen Erschöpfung (Urk. 8/305 S. 1). Die Symptomatik sei als chronisches Lumbovertebralsyndrom bei obgenannten degenerativen Veränderungen, Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance zu interpretieren. Bei Klinikaustritt habe in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 8/305 S. 2).

E. 3.2.25

Die seit dem 6. November 2000 ambulant behandelnden Ärzte der Klinik U.____ stellten am 25. Juli 2001 folgende Diagnosen (Urk. 8/329 S. 1):

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 beidseits

- Segmentale Funktionsstörungen des Atlas rechts, C4-6, Th6-8 und des Iliosakralgelenks (ISG)

??????? Aufgrund der persistierenden Schmerzen vor allem im Liegen und der dadurch bedingten Schlafunregelmäßigkeiten sei der Beschwerdeführer mittlerweile auch psychisch am Rande seiner Kräfte (Urk. 8/329 S. 1). Die diagnostische Spinalanästhesie und die diagnostische L2-Blockade links hätten eine deutliche Beschwerdereduktion gebracht. Die segmentalen Funktionsstörungen des Atlas rechts, C4-6, Th6-8 und des linken ISG seien erfolgreich chirotherapeutisch behandelt worden. Eine Arbeitsunfähigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht bescheinigt worden (Urk. 8/329 S. 2).

E. 3.2.26

Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, stellte in ihrem Überweisungsschreiben an die Rheuma- und Rehabilitationsklinik L.____ vom 17. Oktober 2001 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/335):

- Chronisches schweres invalidisierendes Lumbovertebralsyndrom L4 bis L5

- Status nach Deckplatten-Abscherfraktur LWK 1 am 22. September 1995 (Reitunfall im Militärdienst)

- Spondylolisthesis und degenerative Veränderungen L5/S1

- Status nach thorakalem Morbus Scheuermann

- Status nach Sturz auf Eisplatte am 17. Februar 2001 mit HWS-Distorsion und BWS-Kontusionstrauma und Exazerbation der LWS-Schmerzen

- Status nach mehreren lokalen Infiltrationen (CT-gesteuert) in der Klinik U.____

- Status nach mehreren Knieeingriffen bei Osteochondrosis dissecans beidseits

- Adipositas (BMI 31,7)

- Intermittierend Grenzwert-Hypertonie

???????? Der Beschwerdeführer leide weiterhin an Schmerzen im LWS-Bereich, die beim Unfall vom 22. September 1995 aufgetreten seien und in letzter Zeit zugenommen hätten. Zur Intensivierung der physikalischen und medikamentösen Schmerztherapie sei ein erneuter stationärer Aufenthalt in der Klinik indiziert.

E. 3.2.27

In der Folge liess sich der Beschwerdeführer vom 4. bis 21. Dezember 2001 abermals stationär von den Ärzten der Rheuma- und Rehabilitationsklinik L. ___ behandeln. Im Austrittsbericht vom 4. Januar 2002 stellten diese folgende Diagnosen (Urk. 8/341 S. 1):

- Lumbovertebralsyndrom bei/mit
- Muskulärer Dysbalance, Fehlhaltung (Hyperlordose der LWS), degenerativen Veränderungen (Spondylarthrose L3 bis S1, Spondylolyse LWK 5), Status nach Deckplatten-Abscherfraktur LWK 1 (1995), Status nach thorakalem Morbus Scheuermann
- Adipositas (BMI 33,5)
- Status nach multiplen Operationen am Kniegelenk (1976-1983) bei Osteochondrosis dissecans

???????? Die geklagten belastungsabhängigen lumbalen Beschwerden seien als - durch die degenerativen Veränderungen bedingtes - Lumbovertebralsyndrom zu interpretieren (Urk. 8/341 S. 1). Der Beschwerdeführer sei bei Klinikaustritt zu 100 % arbeitsfähig gewesen (Urk. 8/341 S. 2).

E. 3.2.28

Am 18. Februar 2003 stellten die Ärzte der Klinik U. ___ folgende Diagnosen (Urk. 8/358 S. 1):

- Chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom
- bei segmentalen Funktionsstörungen des Atlas, C3-C6
- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei
- Spondylarthrosen L3-S1, Spondylolyse LWK 5, Status nach Deckplatten-Abscherfraktur LWK 1 1995, Status nach thorakalem Morbus Scheuermann
- ?? bei segmentalen Funktionsstörungen ISG
- Chronisches thorakales Schmerzsyndrom bei segmentalen Funktionsstörungen Th6-Th8

???????? Der Beschwerdeführer klagt über Schmerzen im thorakolumbalen und lumbosakralen Übergangsbereich mit bilateraler Ausstrahlung und pseudoradikulärer Ausstrahlung bilateral in die Glutealregion und in die dorsale Oberschenkelregion. Im Laufe der Behandlung habe er zudem eine zervikozephalale Schmerzsymptomatik mit endgradig eingeschränkter Beweglichkeit der HWS, bilateraler paravertebraler Schmerzausstrahlung und anfallsartigem Auftreten von Kopfschmerzen entwickelt (Urk. 8/358 S. 1). Eine dauerhafte Schmerzreduktion habe sich bis anhin nicht erzielen lassen. Angesichts des bereits langjährigen Schmerzproblems könne eine psychotherapeutische Behandlung das multimodale Behandlungskonzept allenfalls sinnvoll ergänzen (Urk. 8/358 S. 2).

E. 3.2.29

Die Ärzte der Klinik T.____ stellten am 2. Juni 2003 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/359):

- BWS/LWS-Syndrom mit chronischen therapierefrakturen Schmerzen
- Status nach LWK 1-Fraktur
- Leukozytose unklarer Genese
- Splenomegalie

???????? Es sei ein Therapieprogramm mit Neuraltherapie, orthomolekularer Therapie, Enzymtherapie sowie allgemeinen Entspannungsverfahren eingeleitet worden.

E. 3.2.30

Das MRI der HWS, der BWS und der LWS vom 27. Juni 2003 ergab vorbestehende Zeichen eines durchgemachten Morbus Scheuermann mit multiplen Schmorl'schen Knoten und vereinzelt leicht keildefor mierten Wirbelkörpern, jeweils betont im thorakolumbalen Übergang, mit sekundärer Osteochondrose vor allem Th12/L1, eine bekannte Spondylolyse L5 beidseits ohne signifikante Spondylolisthesis sowie gering- bis allenfalls mäßiggradige degenerative Veränderungen lumbal und zervikal, jeweils ohne Tangierung neuraler Strukturen (Urk. 8/363).

3.2.31 In ihrem Bericht vom 8. Januar 2004 bestätigten die Ärzte der Klinik U.____ die am 18. Februar 2003 gestellten Diagnosen (vgl. Urk. 8/358 S. 1) und äußerten überdies den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/374 S. 1). Bis anhin habe sich therapeutisch keine signifikante Besserung der Schmerzsituation herbeiführen lassen. Aufgrund des zunehmenden Verdachts auf eine somatoforme Schmerzstörung werde der Beschwerdeführer nun in das multimodale Schmerztherapiekonzept mit psychologischer und psychiatrischer Betreuung eingebunden. Sofern sich die Verdachtsdiagnose erhärte, würden keine weiteren medikamentösen und interventionellen Massnahmen mehr durchgeführt (Urk. 8/374 S. 2).

???????? Am 28. Januar 2004 hielten die Ärzte der Klinik U.____ fest, abgesehen von einer chiropraktischen Behandlung seien betreffend die zervikogenen Beschwerden keine Therapien durchgeführt worden (Urk. 8/379).

3.2.32 Am 3. März 2004 stellten die Ärzte der Klinik U.____ folgende Diagnosen (Urk. 8/380a S. 1):

- Chronisches zervikozephal es Schmerzsyndrom
- bei segmentalen Funktionsstörungen des Atlas, C3-C6
- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei
- Spondylarthrosen L3-S1, Spondylolyse LWK 5, Status nach Deckplatten-Abscherfraktur LWK 1 1995, Status nach thorakalem Morbus Scheuermann
- ?? bei segmentalen Funktionsstörungen ISG
- Chronisches thorakales Schmerzsyndrom bei segmentalen Funktionsstörungen Th6-Th8
- Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung
- Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen als auch einem medizinischen Faktor, ICD-10 F54
- Verdacht auf generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1

???????? Mittels der bisherigen medikamentösen, interventionellen und chiropraktischen Behandlungen habe keine wesentliche Besserung der Schmerzsituation erzielt werden können. Angesichts des hohen Chronifizierungsgrads (Grad 3 nach Gerbershagen) sei der Beschwerdeführer in das psychologische Schmerzprogramm aufgenommen worden (Urk. 8/380a S. 1).

3.2.33 Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 26. April bis 22. Mai 2004 abermals stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik L.____ im Austrittsbericht vom 7. Juni 2004 folgende Diagnosen (Urk. 8/387a S. 1):

- Chronisches lumbovertebrales Syndrom mit intermittierender spondylogener Komponente mit/bei

- LWK 1-Deckplatten-Abscherfraktur 1995

- Status nach thorakalem Morbus Scheuermann

- muskulärer Dysbalance, Fehlhaltung (Hyperlordose der LWS), degenerativen Veränderungen (Spondylose LWK 5 und Spondylarthrose L3 bis S1)

- Persistierende Gonalgien bei Status nach mehreren Knieoperationen bei Osteochondrosis dissecans 1976 bis 1983

- Isolierte erhöhte Lipasewerte (167 am 11. Mai 2004) bei möglicher Peripankreatitis

???????? Der Beschwerdeführer klagt - wie bereits beim letzten Klinikaufenthalt im Jahr 2001 - über Rückenschmerzen. Die lumbalen Schmerzen seien in letzter Zeit beim Liegen auf dem Rücken und bei längerem Sitzen exazerbiert (Urk. 8/387a S. 1). Bei Austritt habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 8/387a S. 2).

3.2.34 Die Ärzte des Universitätsospitals N.____, Physikalische Medizin und Rheumatologie, stellten am 20. März 2006 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/408 S. 1):

- Chronisches rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Exazerbation Mitte November 2005)

- MRI der LWS vom 22. Februar 2006: Spondylolyse L5 beidseits mit Kallusbildung und leichter Anterolisthesis L5/S1, Bandscheibenprotrusion L4/5 und L5/S1 ohne Neurokompression

- Status nach Deckplatten-Abscherfraktur LWK 1 am 22. September 1995 (Reitunfall im Militärdienst)

- Fehlstatik des Achsenskeletts, Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur, Status nach thorakalem Morbus Scheuermann

???????? Die Schmerzintensität habe seit November 2005 ein beinahe invalidisierendes Ausmass. Da eine ambulante Therapie betreffend die massive Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur mindestens vier bis sechs Monate beanspruchen würde (Urk. 8/408 S. 1), sei eine nochmalige stationäre Rekonditionierung einschliesslich Facettengelenksinfiltrationen in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik L.____ angezeigt (Urk. 8/408 S. 2).

3.2.35 In der Folge war der Beschwerdeführer vom 6. bis 30. Juni 2006 erneut in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik L.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 30. Juni 2006 stellten die Ärzte folgende (Haupt-)Diagnosen (Urk. 8/410a S. 1):

- Chronisches lumbovertebrales Syndrom mit intermittierender spondylogener Komponente bei

- Status nach LWK 1-Deckplatten-Abscherfraktur am 22. September 1995

- muskulärer Dysbalance und Insuffizienz der Rumpfmuskulatur

- degenerativen Veränderungen (Spondylarthrose L3 bis S1, Spondylolyse L5 beidseits mit Kallusbildung und leichter Anterolisthesis L5/S1, Bandscheibenprotrusion L4/5 und L5/S1 mit mäßiger neuroforaminaler Einengung; MRT der LWS vom 22. Februar 2006)

- aktivierter Facettenproblematik rechts im Bereich L3 bis S1

- Dekonditionierung der unteren Extremitäten mit Schmerzen im Bereich des distalen Ober- und des proximalen Unterschenkels beidseits (seit November 2005)

???????? Im November 2005 sei es zu einer Aggravation der Beschwerdeproblematik mit zum Teil pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Beine gekommen. Überdies beständen seit November 2005 Schmerzen im Bereich des distalen Oberschenkels und des proximalen Unterschenkels beidseits. Eine Pathologie des Gefäßsystems habe diesbezüglich ausgeschlossen werden können (Urk. 8/410a S. 2).

3.2.36 Die Ärzte des Schmerz Zentrums O.____ stellten am 23. Januar 2007 folgende Diagnosen (Urk. 8/425 S. 1):

- Lumboischialgie, Lumbosakralbereich, ICD-M54.47

bei Status nach Sturz vom Pferd

- Gonarthrose beidseits, ICD-10 M17

- mit Status nach diversen Eingriffen

- Status nach Nephrolithiasis

- mit erfolgreicher konservativer Therapie

- Mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1

???????? Der Beschwerdeführer, bei dem eine diagnostische Blockade RM L2-L5 links durchgeführt worden sei, sei derzeit in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert (Urk. 8/425 S. 1).

3.2.37 Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 17. Januar bis 23. März 2007 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Sanatoriums Z.____ am 4. Mai 2007 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/437 S. 1):

- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, ICD-10 F43.22

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4

- Spondylolyse LWK 5/SWK 1 mit Listhese

???????? Zentrale Themen im Rahmen der psychotherapeutischen Einzeltherapie seien die Situation am Arbeitsplatz, der Umgang mit Schmerzen und die depressive Stimmung gewesen (Urk. 8/437 S. 3).

3.2.38 Die Ärzte des Schmerz Zentrums O.____ stellten am 18. Mai 2007 - zusätzlich zu den bereits im Bericht vom 23. Januar 2007 (Urk. 8/425) festgehaltenen - folgende Diagnosen (Urk. 8/439 S. 1):

- Drohender Arbeitsplatzverlust, ICD-10 Z56.2

- Unstimmigkeit mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen, ICD-10 Z56.4

???????? Die diagnostischen Blockaden der Rami mediales L4 und L5 beidseits hätten kein eindeutiges Ergebnis gebracht (Urk. 8/439 S. 4). Die - damals noch nicht bekannte - Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Massnahme in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden habe, und die begleitenden Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz könnten diagnostische Blocks verflüchtigen. Wenn die psychiatrische Beurteilung vorliege, sei allenfalls eine Denervation der Facettengelenke in Betracht zu ziehen (Urk. 8/439 S. 5).

3.2.39 Das MRI der LWS vom 5. Juni 2007 ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 22. Februar 2006 stationäre Verhältnisse bei bekannter Spondylolyse L5 beidseits, stationäre foraminale Einengungen sowie degenerative Veränderungen der Bandscheiben L4/5 und L5/S1 (Urk. 8/451).

3.2.40 Die Ärzte der Universitätsklinik N. ____, Orthopädie, hielten am 21. Juni 2007 fest, der Beschwerdeführer leide seit einem vor zwölf Jahren erlittenen Unfall an chronischen lumbalen Rückenschmerzen ohne wesentliche Ausstrahlung in die Beine. Seit Januar 2007 sei er - nicht ausschliesslich durch die Rückenschmerzen bedingt - als Versicherungskaufmann zu 100 % arbeitsunfähig. Er gebe indes an, zumindest teilweise arbeiten zu können. Aufgrund der klinischen und radiologischen Hinweise für eine spondylogene Schmerzursache sei eine Facettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 beidseits vorgesehen (Urk. 8/447 S. 2).

3.2.41 Dr. med. P. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Schreiben vom 27. September 2007 fest, es sei abermals - und weiterhin einmal pro Jahr - ein stationärer Aufenthalt in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik L. ____ angezeigt, wobei sinnvollerweise die bisherigen Kostenträger dafür aufzukommen. Eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes sei wohl nur zu erwarten, wenn gleichzeitig - mit Hilfe der Militärversicherung - wieder für eine gute berufliche Perspektive gesorgt werde. Ein operativer Eingriff an der LWS sei derzeit nicht indiziert (Urk. 8/463.1).

3.2.42 Dr. med. Q. ____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab am 17. November 2007 an, bedingt durch die seit dem Reitunfall 1995 anhaltenden Schmerzen habe sich im Laufe der Zeit eine sehr beeinträchtigende Schlafstörung mit wachsender Erschöpfung und schliesslich eine - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zeitigende - depressive Verstimmung entwickelt (Urk. 8/463.2).

3.2.43 Im Überweisungsschreiben an die Rheuma- und Rehabilitationsklinik L. ____ vom 7. Januar 2008 (Urk. 8/466.1) hielt Dr. M. ____ fest, der Beschwerdeführer leide seit dem 1995 erlittenen Reitunfall mit Deckplatten-Abscherfraktur an chronisch-rezidivierenden lumbospondylogenen Beschwerden. Seit dem Aufenthalt im Sanatorium Z. ____ anfangs 2007 habe sich die Intensität der lumbospondylogenen Schmerzen erneut erhöht, wobei die Mobilität beeinträchtigt werde. Klinisch bestehe eine Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur, welche durch eine - in den letzten Monaten progrediente - stammbetonte Adipositas verstärkt werde.

3.2.44 Dr. med. R. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM, Versicherungspsychiatrischer Dienst der Militärversicherung, stellte in seiner auf den Akten beruhenden Beurteilung vom 4.

Januar 2008 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/468 S. 16):

- Klinisch teilweise spezifisch begründbarer Rückenschmerz, ICD-10 M54.8, in Verbindung mit psychischen Faktoren, Verhaltensfaktoren und Kontextfaktoren, namentlich:

- Protrahierte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, ICD-10 F43.22

- Konstitutionelle Selbstwertstörung (narzisstisch-akzentuierter Persönlichkeitsstil), ICD-10 Z73.1

- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit, ICD-10 Z56

- Probleme in der Beziehung zum Ehepartner, ICD-10 Z63.0

???????? Es sei davon auszugehen, dass die 2007 aufgetretenen psychischen Probleme zu einem sehr kleinen Teil auch auf die Rückenschmerzen, für welche die 1995 erlittene lumbale Deckplattenfraktur teilsächlich sei, zurückzuführen seien (Urk. 8/468 S. 16).

3.2.45 Dr. S.____, Psychologe FSP, Rheuma- und Rehabilitationsklinik L.____, gelangte - in Kenntnis der Beurteilung Dr. R.____s vom 4. Januar 2008 (Urk. 8/468) - am 28. Februar 2008 zum Schluss, dass die Störungsproblematik - zwingend und opportun? - nur unter einer biopsychosozialen Perspektive anzusehen sei. Es sei von einer chronifizierten Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl somatischen (ICD-10 M54.8) als auch psychischen (Verhaltens- und psychosozialen) Faktoren auszugehen (Urk. 8/488.1 S. 1 f.).

3.2.46 Die Ärzte der Klinik U.____ stellten am 18. März 2008 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/489 S. 1):

- Kreuzschmerz myofaszialer Genese, ICD-10 M54.5

- Status nach Deckplattenfraktur LWK 1 1995

- Adipositas, ICD-10 E66.0

- Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (siehe somatische Diagnosen), ICD-10 F54.0

???????? Es sei deutlich geworden, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren aktuell erheblich seien und den Beschwerdeführer stark belasteten. Die geklagte Müdigkeit könnte zumindest teilweise durch die Medikamente hervorgerufen werden (Urk. 8/489 S. 1). Aus physiotherapeutischer Sicht stehe ein myofaszial bedingter Schmerz bei deutlicher muskulärer Dysfunktion beziehungsweise Dekonditionierung im Vordergrund. Aus schmerzpsychotherapeutischer Sicht hätten vor allem der Arbeitsplatzverlust und die damit zusammenhängenden Kränkungen zu einer massiven Verschlechterung der Gesamtsituation geführt. Die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sei dringend indiziert. Derzeit bestehe keine Indikation für ein interventionelles schmerzmedizinisches Vorgehen (Urk. 8/489 S. 2).

3.2.47 Nachdem sich der Beschwerdeführer - zur Analgesie und zu weiteren Abklärungen - vom 6. bis 8. Juli 2008 stationär im Spital A.____, Chirurgische Klinik, aufgehalten hatte, stellten die dortigen Ärzte am 8. Juli 2008 folgende Diagnosen (Urk. 8/504.1 S. 1):

- Diskushernie bei LWK 5 und S1

- Nebendiagnose: Chronische Rückenschmerzen bei Status nach traumatischer Fraktur LWK 1 und LWK 5 (Reitunfall 1995)

???????? Vom 6. bis 13. Juli 2008 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/504.1 S. 2).

3.2.48 Unter Hinweis auf seine versicherungsmedizinische Beurteilung vom 12. beziehungsweise 15. Mai 2000 (Urk. 8/291 = Urk. 8/504a.1) gelangte Dr. I.____ am 11. Juli 2008 zum Schluss, dass die Diskushernie L5/S1 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Sp?tfolge der 1995 erlittenen traumatischen Sch?digung des Wirbelk?rpers L1 sei (Urk. 8/504a).

3.2.49 Die ?rzte der Klinik V.____ stellten im Austrittsbericht vom 24. Juli 2008 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/532.5 S. 1):

- Spondylolisthesis L5/S1
- Spondylolyse L4/5

???????? Zudem best?nden folgende Nebendiagnosen (Urk. 8/532.5 S. 1):

- Hypertonie
- Adipositas
- Leukozytose
- Status nach mehreren R?ckenoperationen

???????? Operativ seien am 18. Juli 2008 eine TLIF L4/5 und L5/S1 sowie eine Reposition L5/S1 durchgef?hrt worden.

3.2.50 In seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 13. Februar 2009 hielt Kreisarzt Dr. K.____ fest, der orthop?dische Eingriff vom 18. Juli 2008 sei nicht wegen der milit?rversicherten Gesundheitssch?digung (LWK-Abscherfraktur und vor?bergehende Verschlimmerung bei vorbestehender Spondylolyse/Spondylolisthesis L5/S1) erfolgt (Urk. 8/535).

3.2.51 Dr. med. T.____, Facharzt FMH f?r Orthop?dische Chirurgie, SUVA Versicherungsmedizin, gelangte in seiner gest?tzt auf die Akten verfassten Beurteilung vom 17. April 2009 zum Schluss, dass es sich bei der Diskushernie L5/S1 klarerweise um keine Sp?tfolge des im Jahr 1995 erlittenen Unfalls handle (Urk. 8/546 S. 7).

E. 4

4.1???? Fest steht, dass der Beschwerdef?hrer sich im Juli 1991 w?hrend des Milit?rdienstes sowie am 22. September 1995 w?hrend des pers?nlichen WK-Urlaubs im Bereich der LWS verletzte und im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides vom 15. September 2011 (Urk. 2) an R?cken-, Knie- und psychischen Beschwerden litt.

E. 4.2

4.2.1?? Bei der beidseitigen Gonarthrose (vgl. etwa Urk. 387a S. 1, Urk. 8/425 S. 1) handelt es sich unbestrittenermassen um einen dienstfremden Gesundheitsschaden. Was die diversen pathologischen Befunde im Bereich der Wirbels?ule beziehungsweise die R?ckensymptomatik anbelangt, hat der Beschwerdef?hrer zwischenzeitlich - in Anbetracht der ?bereinstimmenden ?rztlichen Beurteilungen (Urk. 8/504a, Urk. 8/595, Urk. 8/546 S. 7, Urk. 8/535) zu Recht - anerkannt, dass die Diskushernie L5/S1 in keinem urs?chlichen Zusammenhang zu den beiden milit?rversicherten Ereignissen steht (Urk. 1 S. 7).

4.2.2?? In somatischer Hinsicht stellt sich demnach die Frage, ob die Milit?rversicherung, die ?ber Jahre hinweg f?r s?mtliche Behandlungskosten im Zusammenhang mit den lumbalen Beschwerden aufgekomen war, f?r die Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis und allf?llige nebst der Diskushernie bestehende degenerative lumbale und thorakolumbale Bandscheibenver?nderungen beziehungsweise deren Verschlimmerung haftet. Die Beschwerdegegnerin hat dies im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) verneint, obwohl sie noch mit Verf?gung vom 23. April 2009 (Urk. 8/547) ausschliesslich die Haftung f?r die psychische St?rung (Dispositiv-Ziffer 1) und f?r ?die Diskushernie L5/S1, weshalb im Juli 2008 die Operation (TLIF-transforaminale lumbale interkorporelle Fusion - L4/5, L5/S1 und Reposition L5/S1) durchgef?hrt wurde? (Dispositiv-Ziffer 2), abgelehnt und sich zum Leistungsanspruch im Zusammenhang mit den weiteren Wirbels?ulensch?den gar nicht ge?ussert hatte. Mit diesem Vorgehen hat sie Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes ?ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) missachtet, wonach der Versicherungsstr?ger verpflichtet ist, ?ber Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind, schriftlich Verf?gungen zu erlassen. In Bezug auf die Haftung f?r die Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis und allf?llige nebst der Diskushernie bestehende degenerative lumbale und thorakolumbale Bandscheibenver?nderungen beziehungsweise deren allf?llige dauernde Verschlimmerung durch die fraglichen Unf?lle ist die Sache daher an die Milit?rversicherung zur?ckzuweisen, damit sie eine entsprechende Verf?gung erlasse.

E. 4.3

4.3.1?? Aufgrund der aktenkundigen Arztberichte stand der Beschwerdef?hrer zwischen Herbst 1996 und Herbst 1997 vor?bergehend wegen einer depressiven St?rung in Behandlung (Urk. 8/8/151, Urk. 8/179.1), wobei er die Abweisung seines Gesuchs um ?bernahme der Kosten der Psychotherapie durch die Milit?rversicherung damals akzeptierte (Urk. 8/164 f.). Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdef?hrer seit Anfang 2004 erneut unter einer - sich zumindest vor?bergehend auf die Arbeitsf?higkeit auswirkenden - psychischen Beeintr?chtigung leidet, wobei die ?rzte betreffend die konkrete Natur der St?rung (somatoforme Schmerzst?rung [Urk. 8/374 S. 1, Urk. 8/380a S. 1, Urk. 8/437 S. 1], mittelgradige depressive Episode [Urk. 8/425 S. 1], Anpassungsst?rung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt [Urk. 8/437 S. 1, Urk. 8/468 S. 16], drohender Arbeitsplatzverlust [Urk. 8/439 S. 1], Unstimmigkeit mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen [Urk. 8/439 S. 1], konstitutionelle Selbstwertst?rung [Urk. 8/468 S. 16], Probleme in Verbindung mit Berufst?tigkeit und Arbeitslosigkeit [Urk. 8/468 S. 16], Probleme in Beziehung zum Ehepartner [Urk. 8/468 S. 16], Schmerzst?rung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten [Urk. 8/488.1, Urk. 8/489 S. 1]) und deren Genese zu teilweise divergierenden Schl?ssen gelangten. W?hrend das im Juli 1991 beim Versuch, einen vom Kollegen losgelassenen schweren Teetr?ger aufzufangen, erlittene Verhebetauma von keinem Arzt (und auch vom Beschwerdef?hrer selbst nicht) in Verbindung mit der psychischen Symptomatik gebracht wurde (und aufgrund seiner Banalit?t auch keinen Leistungsanspruch f?r die organisch nicht objektivierbaren Beschwerden zu begr?nden verm?chte [vgl. hierzu E. 1.6.4]), geht betreffend die (Teil-)Urs?chlichkeit des Unfalls vom 22. September 1995 f?r die verschiedenen diagnostizierten psychischen Leiden Widerspr?chliches aus den medizinischen Beurteilungen hervor. Angesichts der von den ?rzten im Zusammenhang mit der psychischen St?rung immer wieder erw?hnten erheblichen ung?nstigen psychosozialen Faktoren (insbesondere verschiedenartige

Schwierigkeiten am Arbeitsplatz [Urk. 8/179.1, Urk. 8/437 S. 3, Urk. 8/439 S. 1 und S. 5, Urk. 8/463.1, Urk. 8/468 S. 16, Urk. 8/489], schwer herzkrankte Tochter [Urk. 8/151 S. 2], Beziehungsprobleme mit der Ehefrau und Konflikte mit der Ex-Frau [Urk. 8/179.1 S. 1]) sowie der durch diverse dienstfremde Leiden (nicht unfallbedingte Beeinträchtigungen in der Region der LWS sowie Beschwerden im Bereich der HWS und des Thorax, Knieschmerzen beidseits) verursachten Schmerzen erscheint zumindest fraglich, ob dem Sturz vom 22. September 1995 beziehungsweise den daraus resultierenden Schmerzen massgebende Bedeutung für die psychische Fehlentwicklung zukommt. Die natürliche (Teil-)Kausalität des Reitunfalls für die psychische Gesundheitsstörung braucht indes vorliegend insofern nicht abschliessend geprüft zu werden, als die diesbezügliche Leistungspflicht der Militärversicherung - wie sich im Folgenden ergibt - jedenfalls mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zu verneinen ist. Dieser ist angesichts der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer weder ein Schleudertrauma noch eine äquivalente Verletzung der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma zugezogen hat, nicht nach betreffend diese Beeinträchtigungen in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten (Urk. 1 S. 12, Urk. 2 S. 12, Urk. 12 S. 7), sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien zu prüfen.

4.3.2?? Nach Lage der Akten ist davon auszugehen, dass der - mit einem Lederkombi bekleidete (Urk. 8/123.5 S. 2) - Beschwerdeführer am 22. September 1995, als er erstmals ritt, die Kontrolle über das zu traben beginnende Pferd verlor, deshalb in Panik geriet und absprang, wobei er auf sumpfigem, mit Gras bewachsenem und mit Kieselsteinen bespiktem Boden (Urk. 8/123.3 S. 5 und Urk. 8/123.1; Urk. 1 S. 11) - über den Kopf und die Schulter - auf den Rücken stürzte (vgl. Unfallmeldung UVG vom 30. September 1995 [Urk. 8/85], Unfall-Fragebogen vom 3. Oktober 1995 [Urk. 8/88], Protokoll vom 31. Oktober 1995 [Urk. 8/100.2 S. 4], Protokoll vom 4. März 1996 [Urk. 8/123.2 S. 3 f.], Protokoll vom 5. März 1996 [Urk. 8/123.5]). Angesichts des augenfälligen Geschehensablaufs sowie der dabei wirkenden Kräfte und unter Berücksichtigung der Qualifikation vergleichbarer Geschehnisse (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 300/03 vom 30. November 2004 E. 3.3 und Urteil des Bundesgerichts 8C_795/2012 vom 28. November 2012 E. 5.2, je mit Hinweisen) hat die Militärversicherung den fraglichen - von Prof. Dr. Y.____ gar als banal bezeichneten (vgl. Gutachten vom 27. April 2010, Urk. 8/288 S. 18) - Sturz zu Recht als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis taxiert (Urk. 2 S. 12). Von den rechtsprechungsgemäss zusätzlich zu beachtenden Kriterien müssten demnach mindestens vier in der einfach Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_795/2012 vom 28. November 2012 E. 5.2 mit Hinweis).

???????? Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Bejaht wurde das Kriterium etwa bei einer Massenkarambolage auf der Autobahn oder bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattelschlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunächst nicht bemerkte, den Personenwagen der versicherten Person noch auf einer längeren Distanz vor sich herschob und die Insassen des Personenwagens verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sich aufmerksam zu machen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_795/2012 vom 28. November 2012 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Damit ist

der Unfall des Beschwerdeführers, bei welchem dieser nicht etwa direkt vom sich beschleunigenden Pferd stürzte, sondern beim Wechsel der Gangart schnell aus dem Sattel sprang und erst bei der Landung zu Fall kam, nicht zu vergleichen. Hinzuweisen ist auch darauf, dass der Beschwerdeführer, der sich mit dem Absprung unverzüglich ausser Gefahr bringen konnte, kurz nach dem Sturz wieder in der Lage war, zu Fuss zum Ausgangspunkt seines Austritts zurückzukehren und daraufhin mit seinem 400 kg schweren Motorrad über eine Strecke von mehr als 20 km nach Hause zu fahren (Urk. 8/80, Urk. 8/100.2 S. 4, Urk. 8/123.2 S. 4). Da die geschilderten Begleitumstände nicht wesentlich von den bei Stürzen üblichen Gegebenheiten abweichen, wurde das Kriterium zu Recht verneint. Sodann zog sich der Beschwerdeführer - auch wenn Reitunfälle grundsätzlich zu massiven Gesundheitsschäden führen können (Urk. 1 S. 5, Urk. 3/3 f., Urk. 13/1) - mit der LWK 1-Fraktur keine schwere oder besonders geartete Verletzung zu, die sich erfahrungsgemäss eignete, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Anzumerken ist, dass die Läsion keine Paralyse zur Folge hatte, sondern der Beschwerdeführer nach dem Unfall, wie bereits dargelegt, noch imstande war, sich selbstständig - zu Fuss und per Motorrad - nach Hause beziehungsweise später ins Spital zu begeben. Überdies verheilte die Fraktur - nach konservativer Behandlung - schon bald (Urk. 8/132, Urk. 8/143), und der Beschwerdeführer konnte die Arbeit bereits nach rund fünf Wochen wieder zu 50 % aufnehmen. Entgegen seiner diesbezüglichen Ausführungen (Urk. 1 S. 12) ist auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Nach dem Unfall vom 22. September 1995 wurde ihm nämlich lediglich bis Ende Oktober 1995 eine 100%ige und daraufhin - bis zur vollumfänglichen Wiederaufnahme der Arbeit Mitte Dezember 1995 - noch für rund zwei Wochen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/94.1, Urk. 156a, Urk. 8/161). In der Folge wurde ihm aus physischen Gründen nie mehr eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bescheinigt (vgl. etwa Urk. 8/246 S. 1, Urk. 8/458.3 S. 1), und die wiederholten Stellenwechsel im Laufe der Zeit waren nicht etwa auf eine ärztlich attestierte (unfallbedingte) Leistungseinbusse organischer Ursache (vgl. hierzu etwa Urk. 8/305 S. 1 und S. 2, Urk. 8/329 S. 2, Urk. 8/387a S. 2, Urk. 8/458.3 S. 1) sondern - wie aus den Akten verschiedentlich hervorgeht - auf Restrukturierungsmassnahmen beziehungsweise auf Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie auf physische Beschwerden unfallfremder Natur und auf die psychische Symptomatik zurückzuführen (vgl. hierzu etwa Urk. 8/212, Urk. 8/437 S. 3, Urk. 8/439 S. 1 und S. 5, Urk. 8/441, Urk. 8/463.2, Urk. 8/468 S. 16, Urk. 8/489 S. 2). Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, und für einen schwierigen Heilungsverlauf beziehungsweise erhebliche Komplikationen, gibt es in den Akten keine. Angesichts des Umstands, dass die vom Beschwerdeführer seit dem Unfall geklagten somatischen Beeinträchtigungen zu einem nicht unerheblichen Teil mit unfallfremden Gesundheitsstörungen zu erklären beziehungsweise psychischer Genese waren, sind das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und dasjenige der körperlichen Dauerschmerzen jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise erfüllt. Da demnach höchstens zwei der massgeblichen unfallbezogenen Merkmale - in nicht besonderes ausgeprägtem Ausmass - erfüllt sind, wäre ein allfälliger natürlicher (Teil-)Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 22. September 1995 und der psychischen Symptomatik jedenfalls nicht adäquat. Die diesbezügliche Leistungsverweigerung ist daher nicht zu beanstanden.

4.4.4.4. Bezüglich der psychischen Störung erweist sich die Beschwerde demnach als unbegründet. Betreffend die die Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis und allfällige nebst

der Diskushernie bestehende degenerative lumbale und thorakolumbale Bandscheibenveränderungen ist die Sache an die Militärversicherung zurückzuweisen, damit sie über ihre diesbezügliche Haftung eine Verfügung erlasse.

5. In Anbetracht seines teilweisen Obsiegens in diesem Verfahren ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine reduzierte Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. September 2011 insoweit aufgehoben wird, als er die Haftung für die Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis und allfällige nebst der Diskushernie bestehende degenerative lumbale und thorakolumbale Bandscheibenveränderungen verneint, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese über ihre diesbezügliche Haftung eine Verfügung erlasse. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter
- Suva, Abteilung Militärversicherung
- Bundesamt für Gesundheit, Aufsicht Militärversicherung

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.